

身体障害者手帳返還届

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

申請者

(届出者) 氏 名 ㊟

続 柄 電話

次の者は、 ため、 身体障害者福祉法第16条第1項  
により、身体障害者手帳を返還します。 身体障害者福祉法施行規則第7条第2項の規定  
身体障害者福祉法施行規則第8条第2項

返還者 住 所

氏 名 ( 年 月 日生)

個人番号

身体障害者手帳番号 県 号

年 月 日交付

障害名

白障第 号

年 月 日

千葉県知事 様

白井市福祉事務所長 ㊟

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので送付します。

注 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。